



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7

CONTROL INTERNO



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7

CONTROL INTERNO



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7



CONTROL INTERNO

**SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO PROCEDIMIENTO
GESTION OPERATIVA Y DE LA MOVILIDAD SECRETARIA DE
TRANSITO TRANSPORTE Y DE LA MOVILIDAD**

DICIEMBRE 2017



TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCION	
2. OBJETIVOS	4
3. ALCANCE	5
4. METODOLOGIA	5
5. EVALUACION Y OBSERVACION	5 - 10
6. CONCLUSIONES	10 - 11
7. RECOMENDACIONES	11



CONTROL INTERNO

INTRODUCCION

En cumplimiento de la ley 87 de 1993, la cual establece el ejercicio del Control Interno de obligatorio cumplimiento en toda la estructura administrativa; la Oficina de Control Interno, programó para la vigencia de 2017 realizar seguimiento al Plan de Mejoramiento al Procedimiento de Gestión Operativa y de la Movilidad de la Secretaría de Tránsito, Transporte y de la Movilidad, suscrito con este despacho el 01 de junio de 2017.

Este Plan de Mejoramiento se originó en la auditoria que se llevó a cabo en el año 2016 y que terminó con la formulación del Plan de Mejoramiento a la operatividad del procedimiento de Gestión Operativa y de la Movilidad.

El Plan de Mejoramiento consta de siete (7) hallazgos para los cuales se formularon doce (12) acciones correctivas, donde la mayoría de fechas de ejecución están vencidas.

Con Memorando 1002 2017 055359 de 15 de noviembre de 2017 se solicitó autoevaluación al Plan de Mejoramiento para el 27 de noviembre del mismo año; como hubo inobservancia al requerimiento se reiteró la solicitud con memorando 1002 2017 0590522 de 04 de diciembre de 2017, con fecha límite de presentación de la información el 05 de diciembre y adicionalmente se enunció que en caso de no obtenerse respuesta se aplicaría el paso 13 del procedimiento "Seguimiento a Planes de Mejoramiento".

Finalmente presentaron la autoevaluación a través del Memorando 1200 059759 de 07 de diciembre de 2017, que dio inicio a la verificación de evidencias el 14 de diciembre del mismo año. Esta actividad se llevó a cabo a través de trabajo de campo que se soportó con el acta N. 030 de fecha 14 y 15 de noviembre del año en curso.

2. OBJETIVOS

Verificar el cumplimiento de las acciones preventivas y correctivas formuladas para siete (7) hallazgos del Plan de Mejoramiento al procedimiento de Gestión Operativa y de la Movilidad; suscrito con este despacho el 01 de junio de 2017 y como producto de auditoria efectuada en la vigencia 2016.

Cumplir con el Plan de Acción de la Oficina de Control Interno para la vigencia de 2017.



CONTROL INTERNO

3. ALCANCE

Verificar la ejecución de doce (12) acciones preventivas y correctivas formuladas para siete (7) hallazgos formulados en el Plan de Mejoramiento al procedimiento Gestión Operativa y de la Movilidad de la Secretaría de Tránsito, Transporte y de la Movilidad de la Alcaldía de Ibagué; suscrito con este despacho el 01 de junio de 2017.

4. METODOLOGIA:

Por medio del memorando 1002 2017 055359 de 15 de noviembre de 2017 se solicitó autoevaluación al Plan de Mejoramiento para el 27 de noviembre del mismo año; como hubo inobservancia al requerimiento se reiteró la solicitud con memorando 1002 2017 0590522 de 04 de diciembre de 2017.

Con la información allegada se preparó el acta número 030 de 14 de diciembre de 2017 por medio de la cual se desarrolló la verificación de las evidencias reportadas en el avance. Durante este proceso se aplicaron las técnicas de observación, análisis y cumplimiento.

5. EVALUACION – OBSERVACION

HALLAZGO No. 1. Se encontró un procedimiento de código PRO-GTT – 01 Versión 01 de 11/12/2015 que consta de 6 páginas y contiene 4 actividades. Además un Manual que describe las competencias que debe ejecutar la dirección. Al verificar estas actividades con el personal que labora, no se pudo determinar que funcionario de planta coordinaba cada una de estas. Se identificó desequilibrio en la asignación de cargas laborales. Según lo expresado hay concentración de actividades en uno o dos funcionarios profesionales.

1.1 Acción correctiva:

Revisar y analizar el procedimiento PRO-GTT-01, para determinar pertinencia, responsabilidad y compatibilidad con la dinámica real.

Comentario:

Proyectaron el cumplimiento de esta acción a través de dos metas:

Primera Meta. “Procedimiento revisado y analizado”, unidad de medida “Acta



CONTROL INTERNO

(1) de revisión”. Comentan que se efectuaron actividades para levantar los procedimientos y que se encuentran en la Secretaría de Planeación para su actualización; pero no mostraron la evidencia de esta actividad que estuviera relacionada con la meta y la unidad de medida formulada para la misma. Se determina que no hay avance hasta tanto no se cuente con los procedimientos actualizados, codificados y aprobados por la Secretaría de Planeación Municipal. El tiempo de ejecución de esta meta está vencido.

Segunda Meta. “Procedimiento divulgado y en ejecución. Cargas laborales niveladas”. Unidad de Medida “(2) Acta de capacitación con evidencia de asistencia”. No hay avance, si no cuentan con los procedimientos actualizados no hay que divulgar y socializar. El tiempo de ejecución de esta meta está vencido.

HALLAZGO No. 2. No cuentan con una herramienta de registro y control de los Planes Estratégicos de Seguridad Vial que se radican en la Secretaría de Tránsito, conforme a las competencias definidas por la Ley (radicación, revisión, visita, aprobación, seguimiento y control).

2.1 Acción correctiva: Consolidar una herramienta de registro, seguimiento y control de los PESV que se radican en la Secretaría de Tránsito (base de datos)

Comentario:

Meta. “Herramienta de registro y control de PESV en operación (base de datos)”. Unidad de medida “(1) Una base de datos con información de los PESV”. Si hay avance, se cuenta con una base de datos elaborada en Excel construida con la información de los PESV, esta información fue actualizada recientemente por solicitud del Director Operativo a través del Memorando 1202 049255 de 10/10/2017. Se sugirió adicionar a la base tres (3) columnas una de semaforización con el objeto de identificar si el Plan está aprobado, fue devuelto o se encuentra en revisión. La segunda de control de tiempo de revisión que corresponde a tres (3) meses y la tercera de control del aval una vez hecha la visita de inspección.

HALLAZGO No. 3. El líder de la unidad no puede continuar aceptando que la secretaria continúe con la restricción para el acceso a la Plataforma PISAMI, pues ella debe ser una de las principales personas de apoyo para el control de las peticiones, quejas y reclamos de la dependencia, además el manejo del módulo de Gestión Documental



CONTROL INTERNO

como parte de un Sistema Integrado es función del cargo de Secretaria.

3.1 Acción correctiva: Se adquiere el compromiso de determinar con certeza la causa de restricción del módulo de correspondencia en el PISAMI, y de consolidar y actualizar los registros pertinentes de vigencias anteriores, de modo tal que se reestablezca total normalidad en el uso y gestión de la herramienta de control documental por parte de la secretaria.

Comentario:

Meta. “Lograr el levantamiento de la restricción del módulo PISAMI que tiene la secretaria del Grupo, luego de actualizar los registros pendientes de vigencias anteriores”. Unidad de medida “(1) Clave de acceso al módulo PISAMI sin restricción”. Si hay avance, se identificó que el problema radicaba en quince (15) registros, estos fueron actualizados con la colaboración del grupo; una vez hecho y comunicado lo actuado le levantaron la restricción y actualmente continúa manejando la plataforma Pisami en todas las utilidades del módulo de Gestión Documental.

3.2 Acción correctiva: Reiterar a la Secretaría Administrativa la asignación de herramientas adecuadas para la gestión documental, como mínimo en cuanto a un escáner y una impresora moderna

Comentario:

Meta. “Elevar a la Secretaría Administrativa un memorando reiterando las necesidades del Grupo en materia de herramientas indispensables para la gestión documental”. Unidad de medida “(1) Memorando debidamente radicado”. Si hay avance, le adjudicaron a la dirección un escáner y una impresora compartida con la dirección de Contravenciones. Las acciones se adelantaron a través de la directora administrativa y como soportes aportan los memorandos: 1201 013655, 1201 027015 y 1201 035899 de 27 de marzo, 12 de junio y 01 de agosto de 2017 respectivamente.

3.3 Acción correctiva: Mientras se obtiene normalidad en el uso de la plataforma PISAMI por parte de la secretaria con restricción de acceso, se asigna a otra servidora las funciones de secretaria de la dependencia, para garantizar que los registros inmediatos actuales surtan trámite sin ningún tipo de inconveniente administrativo

Comentario:

Meta. “Asumir el control y seguimiento de la documentación del Grupo Operativo, que ingresa por plataforma PISAMI, con una servidora que cumpla las funciones de secretaria y tenga acceso sin restricción”. Unidad de Medida “(1) Manejo total módulo Gestión Documental Plataforma PISAMI



CONTROL INTERNO

Dirección Operativa y de la Movilidad”. Si hay avance, las gestiones para el levantamiento de la restricción se efectuaron oportunamente y la secretaria que venía ejerciendo las funciones las continuó realizando.

HALLAZGO No. 4. El personal no acostumbra a diligenciar la planilla de ausentismo laboral que suministra la Dirección de Talento Humano de la Secretaría Administrativa.

4.1 Acción correctiva: Circular dirigida a todos los funcionarios de la STTM, donde se les informa la obligatoriedad del uso de la planilla de ausentismo o relación de salidas del personal de su puesto de trabajo.

Comentario:

Meta. “Remitir mensualmente las planillas de ausentismo a la Dirección de Talento Humano, a través de memorandos”. Unidad de la meta “siete (7) Memorandos con planillas de ausentismo”. No hay avance con respecto a la meta y a la unidad de medida de la misma. Se sustenta en lo siguiente: se emitieron las circulares 19 de 25/05/2017 y 1200 00021 de 01/06/2017, dando la instrucción del diligenciamiento obligatorio de la planilla de ausentismo pero no se hizo control y seguimiento al cumplimiento de la misma. Se encontró diligenciada solo la planilla de noviembre de 2017, pero no se cumplió con el envío a la Dirección de Talento Humano de la Secretaría Administrativa.

HALLAZGO No. 5. No fueron puestos a disposición del auditor los Planes de Acción de la Unidad actualizados con el nuevo Plan de Desarrollo “Ibagué con todo el Corazón” 2016-2019. Por lo anterior se trabajó con los resultados que muestra la ejecución presupuestal que genera la Dirección de Presupuesto de la Secretaría de Hacienda.

Acción correctiva 5.1: Formular y poner a disposición el Plan de Acción debidamente actualizado con el Plan de Desarrollo

Comentario:

Meta. “Contar con el Plan de Acción de la STTM con los ajustes de actualización que se requieran”. Unidad de la meta “Un (1) Plan de Acción debidamente actualizado”. Si hay avance, el Plan de Acción fue actualizado conforme a las metas del Plan de Desarrollo “Ibagué con todo el Corazón” 2016-2019. Están efectuando los reportes de avance trimestralmente a la Secretaría de Planeación.



CONTROL INTERNO

HALLAZGO No. 6. El contrato 2218 de 29/12/2016 y las actuaciones anteriores al mismo no fueron publicados en la página del Secop. Incumpléndose con el artículo 2.2.1.1.1.7.1 Decreto 1082 de 2015.

Acción correctiva 6.1: Revisar el SECOP y determinar si a la fecha está publicada la minuta del contrato y las actuaciones anteriores, y emitir un memorando al Grupo de Contratación informando sobre el hallazgo advertido por Control Interno

Comentario:

Meta. “A través de comunicación oficial informar al Grupo de Contratación para tomar correctivos en relación con la publicación de documentos propios del contrato”. Unidad de la meta “Un (1) Memorando debidamente radicado”. No hay avance con respecto a la meta y la unidad de medida de la misma; emitieron el memorando 15439 de 04/04/2017 dirigido al Dr. Mauricio Pulido informando la situación que se había presentado con el contrato, pero la meta formulada fue memorando para la oficina de contratación haciendo la observación que se había presentado con el contrato pero con respecto a la publicación. La fecha de ejecución de esta meta ya está vencida.

HALLAZGO No. 7. En el proceso de Gestión Documental no se aplica el Manual de Archivo y Correspondencia y la TRD suministrada al auditor no es con la que debe estar operando la Dirección para organizar su información.

Acción correctiva 7.1: Ubicar las TRD y determinar su aplicación en el Grupo Operativo.

Comentario:

Meta. “TRD analizadas, revisadas, y contrastadas con la realidad”. Unidad de la meta “Un (1) Acta de reunión”. Si hay avance. Las tablas de retención documental que están utilizando son las que se encuentran en la página web de la Alcaldía de Ibagué en el link “Transparencia y acceso información pública” “Gestión Documental”. Se presentó acta sin número de reunión del Grupo Operativo de fecha 30/06/2017, donde se hizo revisión de las mismas y se definieron algunos puntos a mejorar teniendo en cuenta nuevas funciones asignadas a la división, el formato de esta acta no está conforme al modelo de gestión documental para la elaboración de las mismas.

Acción correctiva 7.2: Gestionar la capacitación del personal en el



CONTROL INTERNO

cumplimiento de las TRD

Comentario:

Meta. “Jornada de retroalimentación con las personas encargadas de las TRD”. Unidad de la meta “Un (1) Acta de reunión con evidencia de asistencia”. No hay avance conforme a la meta y unidad de medida formulada. Las tablas fueron revisadas pero en la revisión no se incluyó el personal que maneja transporte público; una vez revisadas e identificados los cambios necesarios se debía retroalimentar con todo el personal de la unidad operativa para que se tuviese en cuenta en su trabajo las instrucciones para el manejo de los archivos de la dependencia.

Acción correctiva 7.3: Aplicar las tablas de retención documental.

Comentario:

Meta. Organizar la información documental del Grupo Operativo en concordancia con las TRD actuales. Unidad de la meta “Archivo y correspondencia organizado conforme a las TRD”. Si hay avance la secretaría está aplicando las tablas de retención documental en la unidad conforme a las series y sub-series de la misma; es necesario dar una mayor claridad al manejo de los archivos que se generan en la actividad de transporte público y un análisis más adecuado al tiempo en que los documentos deben estar en el archivo de gestión de la dependencia.

5. CONCLUSIONES

Aún hay problemas de comunicación en la Secretaría que afecta el cumplimiento de compromisos relacionados con suministro de información para los entes de control. Este hecho se constituye en un grave riesgo para la dependencia porque tal inobservancia se tipifica como un incumplimiento de los deberes del servidor público contenidos en los numerales 1 y 7 del artículo 34 de la Ley 734 de febrero 05 de 2002.

Teniendo en cuenta lo aportado y presentado como evidencia al cumplimiento de las acciones propuestas para el mejoramiento de los hallazgos identificados, se concluye que el Plan de Mejoramiento formulado para el procedimiento Gestión Operativa y de la Movilidad de la Secretaría de Tránsito a fecha de seguimiento 06/12/2017, ha tenido un cumplimiento de solo el 20% y un avance de 74.25%.

Según el procedimiento de Seguimiento a Planes de Mejoramiento código:



CONTROL INTERNO

PRO-GES-03 versión: 01 de fecha: 11/12/2015, por este plan tener un porcentaje de cumplimiento inferior al 60% se debe remitir a control disciplinario para que inicie proceso.

Los hallazgos que no se alcanzaron a superar fueron el 1, 4, 6 y la segunda meta del 7, cuando se analizó cada hallazgo se sustentaron las razones por las cuales se concluye que no hubo avance.

No se desconoce el esfuerzo que se hace para el mejoramiento en general de toda la Secretaría; pero es necesario reconocer que por falta de comunicación, socialización y retroalimentación dentro de las mismas unidades, se adelantan actividades que no apuntan o no son pertinentes con las acciones formuladas por la misma dependencia para mejorar su gestión.

6. RECOMENDACIÓN:

Atender de forma inmediata los hallazgos que no fueron superados, teniendo en cuenta las acciones de mejoramiento, metas y unidades de medida; que fueron formuladas por ustedes mismos y reportar a esta dependencia los avances alcanzados.

Los planes de mejoramiento suscritos con cualquier ente de control deben ser monitoreados de manera periódica; de manera que no se espere hasta la solicitud del organismo de control para conocer el resultado de su avance.

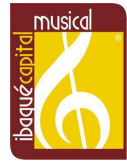
La persona a la que se le asigne el manejo de herramientas estratégicas entre otras como procesos, procedimientos etc, deben ser conscientes que estos deben ser actualizados, socializados, retroalimentados con el personal que los está operando; dejando las respectivas evidencias de cada actividad. Igualmente estas funciones deben estar contenidas en los compromisos laborales del servidor asignado.

Cordialmente,



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7

CONTROL INTERNO



MAURICIO PULIDO CORRAL

Proyecto Claudia M Romero T.